



## DESISTEMENT DE REMBOURSEMENT

**ATTESTATION** à nous retourner complétée, datée et signée.

NOM :

Prénom :

N° d'identifiant internet :

(disponible sur votre attestation de Tiers Payant Santé)

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

demeurant : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,

atteste :

(cochez la case correspondante)

☐ ne pas avoir reçu le chèque émis le     /     /     d'un montant de     €.  
Je m'engage à vous remettre ce chèque s'il venait à être retrouvé.

☐ n'avoir reçu aucun chèque depuis le     /     /     .

☐ ne pas avoir perçu le virement émis le     /     /     d'un montant de     €.

☐ n'avoir reçu aucun virement depuis le     /     /     .

Fait à \_\_\_\_\_ ,

Le     /     /

Signature